



**Solicitud para el Programa de Vales para Viviendas Alternativas (AHVP)**  
**Application for Alternative Housing Voucher Program (AHVP)**

This box is for Office Use Only	
Date of Receipt:	_____
Time of Receipt:	_____
Control Number:	_____
Priority Category:	_____
Local Preference:	_____
Language:	_____
Voucher Size:	_____

**Las solicitudes incompletas no se procesarán.** Complete toda la información requerida en la solicitud. **Si una pregunta no corresponde, escriba "N/C."** **Asegúrese de firmar la última página.** Si necesita más espacio para dar una respuesta, agregue hojas adicionales. **Para conocer las agencias administradoras participantes, revise la lista de Agencias Administradoras que Emiten el Programa de Vales para Viviendas Alternativas (AHVP Issuing Administering Agencies) en mass.gov, y envíe esta solicitud por correo postal o entréguesela en persona a CADA agencia administradora a la que desee hacerle una solicitud.**

1. Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de depto: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene 59 años o menos?  Sí  No

¿Tiene una discapacidad?  Sí  No

3. Miembros de la familia que viven en la unidad, incluida la cabeza de familia:

Nombre y apellido	Relación con la cabeza de familia	Fecha de nacimiento	Sexo	Número del Seguro Social*	Origen racial**	Origen étnico***
	<b>Cabeza</b>					

\*El número del Seguro Social se usará para constatar la información relativa a los ingresos, los bienes y los antecedentes penales.

Responder a estas preguntas es opcional. Esta información NO afectará su estado con respecto a los procedimientos de selección de inquilinos.

\*\*Origen racial: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, nativo de Hawái u otra isla del Pacífico, blanco u otro (especifique), se niega a identificar.

\*\*\*Origen étnico: hispano/latino, no hispano/latino, se niega a identificar.



4. ¿Entiende el inglés hablado o el escrito?  Sí  No

Esta información NO afectará su estado con respecto a los procedimientos de selección de inquilinos.

Idioma principal que habla: \_\_\_\_\_

Idioma principal que escribe: \_\_\_\_\_

5. **Prioridad por ser persona sin hogar:** si desea solicitar la prioridad por ser persona sin hogar, primero, deben considerarlo como persona sin hogar.

**NOTA:** La definición de “persona sin hogar” del AHVP NO es la misma que la de los refugios para personas sin hogar o la de la Sección 8 (Section 8). Residir en un refugio para personas sin hogar NO lo califica de forma automática como un solicitante con prioridad por ser persona sin hogar.

Según las normas estatales, “persona sin hogar” es un solicitante que se encuentra en las siguientes situaciones (debe poder marcar TODAS las casillas):

- No tiene un lugar para vivir o está en una situación en la que su vida o su seguridad corren un peligro directo, inmediato e importante, que se atenuaría si se le asignara una unidad adecuada.
- No causó la situación ni contribuyó sustancialmente a causarla.
- Ha hecho todo lo posible para evitar o impedir la situación y para encontrar un alojamiento alternativo.
- Lo desplazaron o están a punto de desplazarlo de su domicilio principal.

Si piensa que se ajusta a la definición de “persona sin hogar”, seleccione a continuación la categoría que mejor describa su situación. La falta de vivienda TIENE QUE tener como motivo una de las siguientes categorías a fin de calificar para tener prioridad por ser persona sin hogar.

- Desplazado sin culpa del solicitante (esto es, desalojo sin culpa).
- Desplazado por una emergencia médica grave.
- Desplazado por violencia doméstica.
- Desplazado por un desastre natural (esto es, incendio, inundación, terremoto).
- Desplazado por acción pública (esto es, renovación urbana, expropiación).
- Desplazado por acción pública (esto es, declaración de estado ruinoso de la casa).

6. **Preferencia local:** a fin de recibir preferencia local, debe vivir o trabajar en la misma ciudad o en el mismo pueblo que una *agencia administradora que emite el AHVP* (consulte la lista *AHVP Issuing Administering Agencies* en [mass.gov](http://mass.gov)) Y enviar esta solicitud directamente a **CADA** agencia administradora.

¿ <b>Reside</b> actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la agencia administradora a la que le hace la solicitud?	Ciudad/pueblo:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ <b>Trabaja</b> actualmente en la misma ciudad o en el mismo pueblo en donde está ubicada la agencia administradora a la que le hace la solicitud?	Ciudad/pueblo:
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. **Preferencia por ser veterano:**

¿Usted o un miembro de su familia son veteranos de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?  Sí  No

¿Usted es cónyuge, cónyuge superviviente, hijo o padre/madre dependiente, o cónyuge divorciado con un hijo dependiente de un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.,  Sí  No o un miembro de su familia se relaciona de alguna de esas maneras con un veterano?

Ingrese las fechas de servicio del veterano:

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_



8. ¿Tiene necesidades especiales debido a una discapacidad o necesita un ajuste razonable?  Sí  No

De ser así, especifique: \_\_\_\_\_

9. Contacto de emergencia: nombre de un pariente o de un amigo que NO planea vivir con usted. En caso de emergencia, nos comunicaremos con esta persona si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de depto.: \_\_\_\_\_

Ciudad/pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

10. **Ingresos antes de deducciones:** Calcule el ingreso bruto previsto de TODOS los miembros de la familia proveniente de TODAS las fuentes de ingresos para los próximos 12 meses. Especifique todas las fuentes de ingresos.

Nombre del miembro de la familia		Nombre del empleador o fuente de ingresos	Ingreso bruto para los próximos 12 meses
	Sueldos y salarios, incluidas las horas extras y las propinas		\$
	Sueldos y salarios, incluidas las horas extras y las propinas		\$
	Ingreso neto de un negocio o una profesión		\$
	Seguro por desempleo o discapacidad		\$
	Ayuda Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC), Ayuda de Emergencia para Ancianos, Discapacitados y Niños (EAEDC) o asistencia social		\$
	Pagos periódicos de pensión alimenticia para hijos y cónyuge		\$
	Beneficios del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), incluidos el Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (SSDI) y el Programa de Suplemento del Estado (SSP)		\$
	Ingreso por discapacidad del Departamento de Asuntos para los Veteranos (Veterans Affairs, VA)		\$
	Pensiones, renta anual, dividendos e intereses		\$
	Otros ingresos (especifique):		\$

**Ingreso bruto total:** \$ \_\_\_\_\_



11. **Bienes:** a continuación, enumere los bienes de todas las personas que vivan en la unidad. Incluya **todas** las cuentas bancarias, las acciones y los bonos, los fideicomisos, los bienes inmuebles, etc. **NO** incluya la ropa de uso cotidiano, los muebles ni los automóviles. Utilice papel adicional de ser necesario.

Miembro de la familia	Tipo de bien	Valor del bien o saldo actual	Nombre de la institución financiera	N.º de cuenta
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

¿Posee un bien inmueble?  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, escriba la dirección: \_\_\_\_\_

En los últimos tres (3) años, ¿vendió, transfirió o donó algún bien inmueble o de otro tipo?  Sí  No **Si la respuesta es afirmativa**, indique la fecha de venta o de transferencia: \_\_\_\_\_

Importe de la venta o transferencia: \$ \_\_\_\_\_ Valor de la venta o transferencia: \$ \_\_\_\_\_

12. **Gastos:** calcule el importe que gastará (si corresponde) en las siguientes categorías durante los próximos 12 meses.

Gastos médicos no reembolsables: \$ _____	Seguro médico: \$ _____	Cuidado infantil: \$ _____
Pagos de pensión alimenticia para hijos y cónyuge: \$ _____	Otros (esto es, cuidado de un miembro de la familia con discapacidad o gastos de transporte y de la casa del miembro de la familia con discapacidad): \$ _____	

13. ¿Usted o un miembro de su familia han recibido alguna vez asistencia para la vivienda de parte de una agencia de vivienda?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la cabeza de familia de aquel momento: \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia de vivienda: \_\_\_\_\_

Fecha en que se mudó: \_\_\_\_\_

Motivo de la mudanza: \_\_\_\_\_

¿La cancelación fue con causa?  Sí  No ¿Le debe dinero, alquiler atrasado o resarcimiento por daños y perjuicios a la agencia de vivienda?  Sí  No

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

14. ¿Usted, un miembro de su familia, un miembro de su familia inmediata o de la familia inmediata de un miembro de su familia son empleados o miembros de la junta de alguna agencia de vivienda? En caso de serlo, esto no necesariamente descalificará su solicitud.  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre del empleado o del miembro de la junta: \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es afirmativa, escriba el nombre de la agencia de vivienda: \_\_\_\_\_

**15. Historial de alquileres**

¿Le debe dinero en concepto de resarcimiento por daños y perjuicios o por alquileres impagos a algún propietario anterior?  Sí  No  
 ¿Alguna vez lo desalojaron de una unidad de alquiler con causa?  Sí  No  
 Si la respuesta a alguna de las preguntas es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

**16. Antecedentes penales**

¿Usted o un miembro de su familia fueron condenados alguna vez por un delito violento o relacionado con drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*
¿Usted o un miembro de su familia tienen algún asunto penal pendiente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*
¿Usted o un miembro de su familia tienen la obligación de estar registrados de por vida como delincuentes sexuales en el estado de Massachusetts?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No/sin antecedentes*
Si la respuesta a <u>ALGUNA</u> de las preguntas anteriores es afirmativa, explique:	

\* Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos, comparecencia ante tribunales penales y condenas anteriores. Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos o comparecencias anteriores ante tribunales penales. Asimismo, todo solicitante de empleo puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta relativa a arrestos, comparecencias ante tribunales y sentencias anteriores en todos los casos de incumplimiento de obligaciones o como en el de un menor que necesita servicios que no dio lugar a una denuncia que se haya trasladado a un tribunal superior para el enjuiciamiento penal. Un solicitante de empleo o de vivienda o de una licencia profesional u ocupacional que tenga un expediente cerrado en el archivo del comisionado de libertad condicional puede responder "sin antecedentes" con respecto a una pregunta en esta solicitud relativa a arrestos o comparecencias anteriores ante tribunales penales.

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Comprendo que esta solicitud no es una oferta de vivienda. En función de esta solicitud, comprendo que no debo hacer planes para mudarme ni cancelar mi contrato de alquiler actual hasta que una agencia administradora me haya dado un vale por escrito en virtud del Programa de Vales para Viviendas Alternativas (Alternative Housing Voucher Program, AHVP). Antes de que una agencia administradora pueda ofrecerme participar en el programa de asistencia de alquiler, debo proporcionarle documentación por escrito que constate mis circunstancias.

Comprendo que soy responsable de informar a la agencia administradora por escrito sobre cualquier cambio con respecto a la dirección, los ingresos o la composición familiar. Comprendo que, si no respondo a los pedidos de información o actualización por parte de la agencia administradora, se quitará mi nombre de la lista de espera.



Autorizo a la agencia administradora a que efectúe consultas para constatar la información que proporcioné en esta solicitud. Certifico que la información que he proporcionado en la solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que toda afirmación o declaración falsa puede conllevar la denegación de la solicitud. **Comprendo que la agencia administradora solicitará la información de los antecedentes penales al Departamento de Servicios de Información de Justicia Penal (Department of Criminal Justice Information Services) y llevará a cabo búsquedas por Internet respecto de todos los miembros adultos de la familia.**

FIRMADO BAJO PENA DE PERJURIO. Comprendo que una fotocopia de esta solicitud y una fotocopia de esta firma tienen tanta validez como las originales.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del revisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

